****

**ALLEGATO A6 – COMUNICAZIONE SOSPENSIONE**

(nel caso di comunicazione da parte del tirocinante)

**AL SOGGETTO PROMOTORE**

Oggetto: **Comunicazione di sospensione del tirocinio**.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ , tirocinante presso il soggetto ospitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMUNICA**

Di sospendere la frequenza dell’attività di inserimento lavorativo relativa al Tirocinio assegnato, **dal ……………… al ……………..,** per la motivazione di seguito indicata (barrare la casella di riferimento).

Il tirocinante ha diritto a una sospensione del tirocinio, qualora l’assenza a causa di una delle motivazioni di seguito indicate si protragga per una durata pari o superiore a 30 (trenta) giorni solari.

Il periodo di sospensione non concorre al computo della durata complessiva del tirocinio.

* MALATTIA LUNGA
* MATERNITÀ
* INFORTUNIO

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il/La Tirocinante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per accettazione,

il Tutor del soggetto ospitante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**ALLEGATO A6 – COMUNICAZIONE SOSPENSIONE**

(nel caso di comunicazione da parte del soggetto ospitante)

**AL SOGGETTO PROMOTORE**

Oggetto: **Comunicazione di sospensione del tirocinio**.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, legale rappresentante del soggetto ospitante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in riferimento alla Convenzione nr\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_

**COMUNICA**

di sospendere lo svolgimento del tirocinio formativo con il tirocinante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per CHIUSURA AZIENDALE **dal ……………… al ……………..**  (almeno 15 giorni).

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Legale rappresentante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per accettazione,

Il/La Tirocinante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_